

DIVERTICULO DE URETRA FEMENINA

Por el Dr. RAUL URREJOLA

Paciente de 56 años, argentina, casada. Tiene un hijo de 31 años.

Antecedentes hereditarios: Sin importancia.

Antecedentes personales: Amigdalectomía a los 12 años. Apendicectomía a los 22 años. A los 37 años, empieza una sintomatología patológica que se demuestra es provocada por una litiasis vesicular. Se le aconseja terapéutica quirúrgica, que la paciente demora por los largos períodos de acalmía.

Enfermedad actual: Hace más o menos tres años la paciente presenta un cuadro clínico confuso que se manifiesta por pérdida de peso, astenia, adinamia, anorexia pertinaz, constipación, alteraciones digestivas y discreta palidez. El estudio clínico se orienta hacia el aparato digestivo. El estudio radiográfico gastrointestinal es negativo y el colecistograma revela una litiasis vesicular. Pero el estudio hemático indica una discreta anemia, alrededor de los 4 millones de glóbulos rojos y cifras de úrea en sangre de 0,80 a 0,95 ‰. Los análisis de orina repetidos en varias oportunidades, aportan densidades menores de 1014.

En estas condiciones se mantiene el estado de la paciente, que es tratada intensamente por su proceso hepático, pero no existe mejoría evidente. Es de hacer nota que las indicaciones terapéuticas coinciden en orientar las mismas hacia el proceso hepático, que es de gran evidencia.

Hace 8 meses la paciente cambia nuevamente de médico, el cual resuelve pedir la colaboración de diversos especialistas. A raíz de relatar la enferma que la orina es últimamente turbia, con olor fuerte, se le hace un nuevo análisis de orina, que revela una piuria intensa y el estudio bacteriológico determina bacilo coli. La úrea en sangre es de 1,10 ‰. En estas condiciones se resuelve hacer un examen urológico.

Examen urológico: La radiografía simple es negativa y el urograma intravenoso se descarta por las cifras de la úrea en sangre.

La cistoscopia es imposible por que el cateterismo uretral no permite el paso de una bujía N° 10. Se intenta pasar una bujía 8, la cual parece progresar hacia vejiga. Se cambia entonces por una sonda cónico olivar, N° 8, que parece penetrar en vejiga, pero evacúa unos pocos centímetros cúbicos de orina muy turbia.

En estas condiciones, sin estar convencido de haber llegado a la cavidad vesical, se resuelve practicar una uretrografía, que es la que aporta el diagnóstico.

La uretrografía revela: I) Estenosis uretral a 1 cm. del meato uretral. II) Divertículo uretral amplio. III) Distensión vesical y IV) Reflujo pasivo ureteral.

Tratamiento: Con anestesia local se practica una incisión de 2 cm. paralela al eje mayor de la uretra, sobre la cara visible del divertículo. Se evacúa el divertículo y con una sonda Nélaton, se evacúa vejiga.

Con una pinza Kocher se dilata la estenosis uretral que existe inmediatamente por delante del divertículo. Se pasa, entonces, una sonda Foley a vejiga. En estas condiciones y con el mínimo de riesgo, se asegura un buen drenaje vesical.

La evolución de la paciente es muy favorable. La úrea en sangre que llegó a 1,38 ‰, baja rápidamente hasta 0,52 ‰. A los 10 días de la uretrotomía externa, la enferma ha recuperado el apetito, desapareciendo las molestias generales.

A los 42 días de la uretrotomía con buen estado general, se procede a la resección del divertículo con anestesia peridural. Resecado el divertículo, se sutura la uretra en dos planos y se completa con un plano vaginal, reemplazando la sonda Foley por una sonda Nº 20 de material plástico.

Después de dos meses de la resección del divertículo la paciente se ha recuperado. Al sacarse la sonda de plástico, existe una ligera incontinencia que mejora casi totalmente. Además queda un pequeño orificio uretro-vaginal a más o menos 12 milímetros del meato uretral por el cual sale un poco de orina durante el acto de la micción.

La paciente se muestra reacia a la corrección de esta pequeña fistula uretrovaginal, ya que la misma no le ocasiona molestias.